

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
ФГБОУ ВО «Уральский государственный педагогический университет»

Институт психологии

Кафедра акмеологии и психологии среды

**ГОСУДАРСТВЕННАЯ ПОЛИТИКА В ОБЛАСТИ ОХРАНЫ
РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ**

**Направление «38.03.04 – Государственное и муниципальное
управление»**

Выпускная квалификационная работа

Квалификационная работа
допущена к защите
Зав. кафедрой О.В. Кружкова
« ____ » _____ 2019 г.

Исполнитель:
Скареева Анжела Сергеевна
обучающийся БГ-51z группы

Научный руководитель:
Р.А.Валиев – канд. педагог.
наук, доцент кафедры общей
психологии и конфликтологии

Екатеринбург 2019

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ В ОБЛАСТИ ОХРАНЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ	7
1.1 Демографическая ситуация в Российской Федерации на современном этапе	7
1.2 Демографическая политика в современной России	11
1.3 Государственная политика в области охраны репродуктивного здоровья	22
ГЛАВА 2. ИССЛЕДОВАНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ В ОБЛАСТИ ОХРАНЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ	28
2.1 Характеристика состояния репродуктивного здоровья населения Свердловской области	28
2.2 Государственная политика Свердловской области по охране репродуктивного здоровья населения и эффект ее реализации.....	37
2.3 Направления повышения эффективности государственной политики Свердловской области в контексте охраны репродуктивного здоровья	43
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	52
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	55

ВВЕДЕНИЕ

Демографическое развитие является важной стратегической задачей государства на любом уровне власти. Несмотря на существенные успехи в демографической политике последний период демографического роста был в 2013-2015 гг. С года наблюдается снижение показателя прироста населения естественный прирост составлял – 2286 тыс. чел.. За 2018 год естественный прирост составлял – 218394 тыс. чел. : рождаемость 1,6 млн. чел. , смертность 1,82 млн. чел..

Обострение демографических проблем является следствием системного фактора, складывающегося из экономических, социальных, культурных и экологических проблем в России.

Во многом ухудшение демографической ситуации обусловлено ухудшением репродуктивного здоровья населения. Негативно воздействует на репродуктивное здоровье прерывания беременности, Заболевания, передающиеся половым путем (ЗППП), ВИЧ, СПИД, гепатит, осложнения беременности, родов, послеродовом периоде и др. Так, например, за 2018 гг. прервано беременности 520,0 тыс. чел., а родилось 1,6 млн. чел. Хотя за последние годы уменьшилось число аборт, но тем не менее является серьезным показателем. За последний период (2007 – 2017 гг.) отмечается снижение уровня ЗППП на 67,0 % , в тоже время Россия находится на 4 месте в мире после ЮАР, Нигерии и Мозамбика по скорости появления новых случаев за 2018 год зафиксировано 104 тыс. чел. больных, по данным ВОЗ, частота заболеваемости составляет 71 случай на 100 тыс. человек.

Охрана репродуктивного здоровья населения – важный шаг к стабилизации демографической ситуации, к смене тенденции убыли населения Российской Федерации. Безусловно, государство четко

осознает проблемы репродуктивного здоровья и стремится минимизировать негативные последствия экономических, социальных и экологических факторов [6].

Стоит отметить что именно рождаемость вносит наибольший вклад в определение демографического будущего страны. Биологическим основанием рождаемости является способность человека к воспроизводству потомства: оплодотворению, зачатию, вынашиванию плода и рождению ребенка. Именно поэтому репродуктивному здоровью как в прошлом, так и в настоящем уделяется пристальное внимание со стороны государства.

Вызывает беспокойство патология репродукции, включающая в себя бесплодие, патологию беременности, патологию в родах и послеродовом периоде, патологию новорожденных.

Например, за последние 20-30 лет бесплодные браки составляют 18-20 % всех браков. Причиной бесплодного брака в 40-50 % случаев является патология репродуктивной системы одного из супругов, а в 5-10% случаев – патология у обоих супругов.

Актуальность выбранной темы исследования в современных условиях высока. В течении длительного времени в России остро проявляет себя проблема низкой рождаемости и ухудшения репродуктивного здоровья населения.

Государственная политика по охране репродуктивного здоровья характеризуется рядом противоречий:

1. На сегодняшний день реализуются различные специализированные, лечебные, профилактические мероприятия по защите репродуктивного здоровья женщин, но отсутствует система единой специализированной помощи при мужском бесплодии, заболевании половых органов у мужчин различного генеза.

2. При актуальности данной проблемы население мало информировано о рисках нарушения репродуктивного здоровья и возможных патологиях, слабо развита система профилактических, просветительских мероприятий специалистов.

Объектом исследования в выпускной квалификационной работе выступает демографическая политика в РФ. **Предмет** исследования – государственная политика Свердловской области по охране репродуктивного здоровья населения.

Цель выпускной квалификационной работы заключается в разработке предложений и мероприятий по совершенствованию государственной политики в области охраны репродуктивного здоровья населения Свердловской области.

Для достижения поставленной цели в ходе работы необходимо решить следующие **задачи**:

- 1) дать характеристику демографической ситуации в Российской Федерации на современном этапе
- 2) исследовать теоретические аспекты демографической политики РФ;
- 3) исследовать аспекты государственной политики в области охраны репродуктивного здоровья;
- 4) представить характеристику состояния репродуктивного здоровья населения в Свердловской области на современном этапе;
- 5) изучить реализацию государственной политики в области охраны репродуктивного здоровья населения Свердловской области.
- 6) проанализировать существующие предложенные мероприятия по охране репродуктивного здоровья в Свердловской области.

Теоретико-методологической основой исследования в выпускной квалификационной работе являются:

Теоретической основой исследования послужили труды российских и зарубежных специалистов в области социологии, демографии, здравоохранения, семейно-брачных отношений, охраны семьи и детства и др.

Статистические материалы Федеральной государственной службы статистики и регионального подразделения Свердловской области.

Нормативно-правовая база исследования: законодательство РФ.

Методы исследования: общенаучные и частные научные методы, такие как анализ, синтез, системный подход, метод определения и деления понятий, формально-логический, социологический метод, метод сбора и анализа информации, и сравнительный. Общетеоретические методы: анализ, синтез, обобщение, классификация, сравнение

Структура выпускной квалификационной работы представлена в следующем виде: введение, содержательная часть, состоящая из 2 глав, поделенных на параграфы, заключение, список литературы из 35 источников, 3 таблицы и 25 рисунка.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ В ОБЛАСТИ ОХРАНЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

1.1 Демографическая ситуация в Российской Федерации на современном этапе

В Российской Федерации на протяжении многих лет уделяется особое демографической ситуации. Это связано с тем, что Россия в XX веке пережила несколько демографических кризисов, в результате чего произошло уменьшение численности населения, низкая рождаемость, высокая смертность.



Рис.1 Численность населения Российской Федерации

Проанализировав диаграмму можно сделать вывод, что начиная с 2001 гг. численность населения имеет тенденцию к снижению. С 2007 гг. по 2012 гг. численность населения не превышает 143,0 млн. человек, что является самым низким результатом за последние 18 лет.

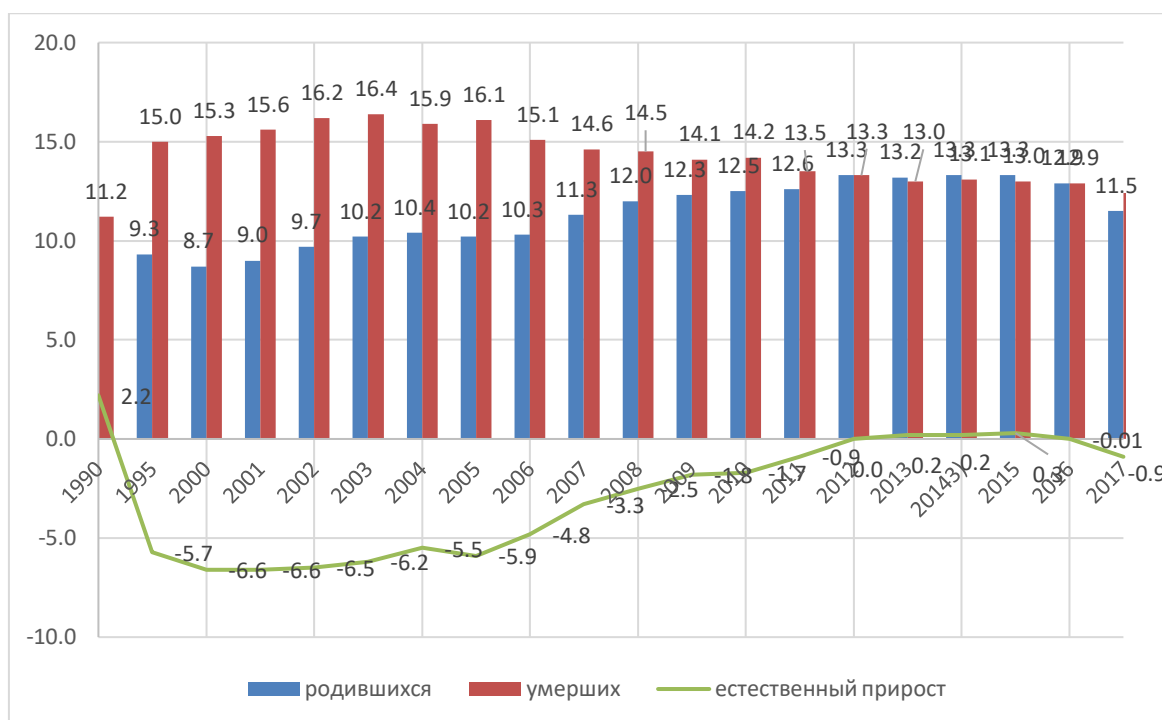


Рис. 2 Естественное движение населения (на 1000 человек)

Естественный прирост населения в 2000 году был отмечен лишь в 15 субъектах Российской Федерации, в число которых входят некоторые субъекты Российской Федерации, расположенные в восточной части страны и на Северном Кавказе, а также Республика Калмыкия.

Одной из причин снижения численности населения является низкая рождаемость. В 2002 году родилось 1,4 млн. человек, что на 1,5 млн. человек, меньше, чем в 1990 году.

Характер рождаемости в Российской Федерации определяется массовым распространением малодетности (1-2 ребенка), сближением параметров рождаемости городского и сельского населения, откладыванием рождения первого ребенка, ростом внебрачной рождаемости.

Причиной снижения численности населения в Российской Федерации также является высокая смертность. В 2002 году рост числа умерших - 2,3 млн. человек отмечался в 78 субъектах Российской Федерации.

Общая тенденция динамики смертности населения страны характеризуется смертностью людей трудоспособного возраста, среди которых около 80 % составляют мужчины. Уровень смертности среди мужчин в 4 раза выше, чем уровень смертности среди женщин, и в два - четыре раза выше аналогичного показателя в развитых странах.

Стабильно высокими сохраняются показатели смертности от инфекционных и паразитарных болезней, в том числе от туберкулеза, болезней органов дыхания, системы кровообращения, несчастных случаев, отравлений и травм (включая отравления алкоголем и автотранспортные травмы), а также в результате убийств и самоубийств.

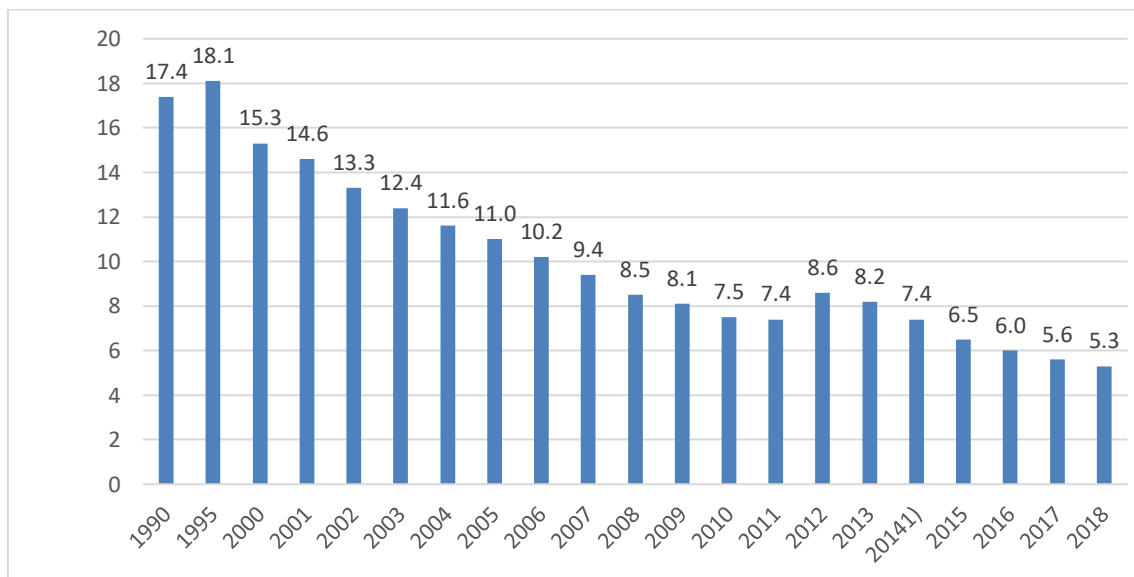


Рис. 3 Младенческая смертность (на 1000 рожденных живых)

В России младенческая смертность неуклонно снижается. Если в 2012 году она составляла 8,6 случая на тысячу родившихся живыми, то в 2016 году – 6,0 случая, в 2017 году – 5,6, а за восемь месяцев 2018 года – 5,3 случая. При этом, при сохранении аналогичной динамики по федеральным округам и субъектам РФ, колебания за короткий период времени в ту или иную сторону вполне возможны. К повышению младенческой смертности в конкретном субъекте РФ всегда приковывается пристальное внимание и местных органов управления здравоохранением, и Минздрава России.

Перинатальные центры играют чрезвычайно важную роль в снижении младенческой смертности, но не только они. Поскольку к младенческой смертности относятся случаи смерти детей в возрасте до года, то роль детских поликлиник и стационаров не следует приуменьшать. Также важна ответственность родителей за здоровье детей, поэтому просветительской работе с сообществом отводится серьезная роль. Не следует считать лишь перинатальные центры ответственными за все случаи смерти детей до года.

В повышение показателя младенческой смертности вносит определенный вклад снижение рождаемости, поскольку этот показатель рассчитывается в числе случаев на 1000 живорожденных детей. При выраженном снижении рождаемости даже при неизменном или несколько снизившемся числе умерших показатель может повыситься.

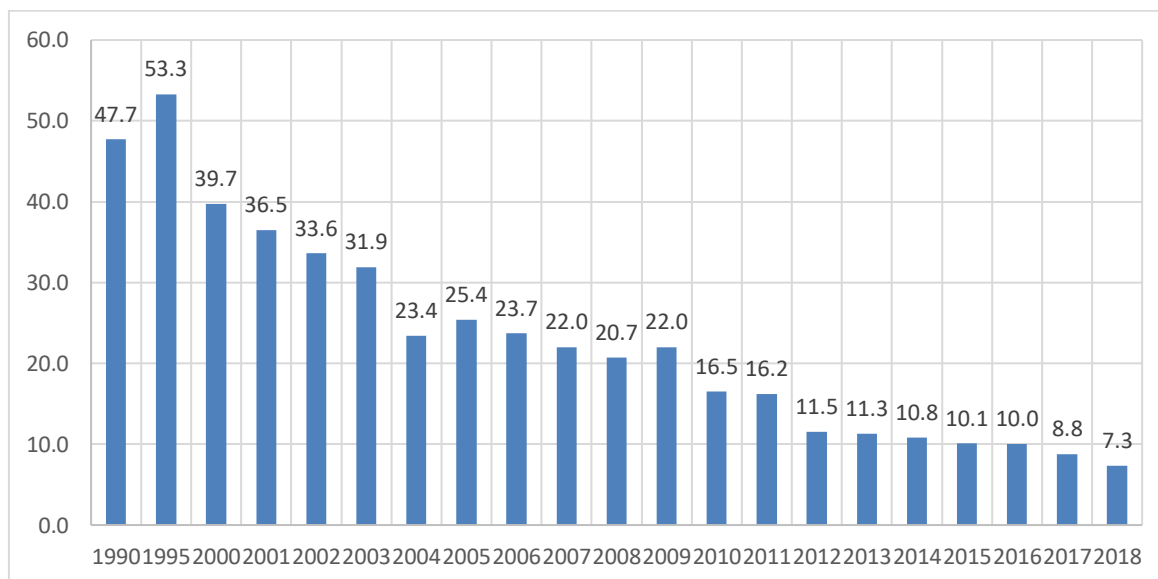


Рис.4 материнская смертность (на 1000 родившихся живым)

Показатель материнской смертности в последние годы стабильно снижается за 13 лет снизился с 53,3 на 1000 родившихся живым до 7,3 на 1000 родившихся живым. Благодаря «Технологии и комфорт — матерям и детям» виден положительный результат снижения показателей. В рамках проекта во всех регионах внедрена трехуровневая

система оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов, в послеродовом периоде и новорожденным.

Концепции на период демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года (утв. Указом Президента РФ от 9 октября 2007 г. N 1351). Основной задачей является обеспечивать стабилизацию численности населения страны и создание предпосылок его роста, являются: укрепление здоровья и увеличение ожидаемой продолжительности жизни; стимулирование рождаемости и укрепление семьи; регулирование миграционных потоков в целях создания действенных механизмов замещения естественной убыли населения.

1.2 Демографическая политика в современной России

В концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года (утв. Указом Президента РФ от 9 октября 2007 г. N 1351) основной целью которой являются стабилизация численности населения к 2025 году до 145 млн человек, а также повышение качества жизни и увеличение ожидаемой продолжительности жизни к 2025 году - до 75 лет.

Для достижения цели демографической политики по стимулированию рождаемости и укреплению семьи показывает, что наиболее распространенными являются:

1) Меры экономической поддержки:

– С 1 января 2007 года вступил в силу Федеральный закон РФ от 29.12.2006 г. № 256-ФЗ «О дополнительных мерах государственной поддержки семей, имеющих детей», в 2018 году материнский капитал составляет в размере 453026 рублей за рождение второго ребенка, третьего или последующих детей.

– Одной из новых мер по повышению рождаемости в России стала появившийся Федеральный закон РФ от 28 декабря 2017 года № 418-ФЗ «О ежемесячных выплатах при рождении первого ребенка». Рассчитывать на нее могут семьи, общий прожиточный минимум в которых не дотягивает до регионального, но в среднем родители получают 10523 тыс.руб. А 60 регионов получили субсидии из федерального бюджета на выплаты за третьего и последующего ребенка.

– Регулирование трудовых отношений, среди которых можно выделить оплачиваемые отпуска, пособия по уходу и т.п.;

– предоставление социальных выплат на приобретение жилья и их использования

2) Меры воспитательного и пропагандистского характера:

– Формирование общественного мнения, норм и стандартов материнства. Например, пропаганда за отказ от абортов и т.д.;

– Определение отношения к религиозным нормам и ценностям, основной из которых является семья.

– проведение профилактических просветительских бесед среди молодежи

– политика планирования семьи.

3) административно-правовые

– законодательные акты, регулирующие возраст вступления в брак, разводимость, отношение к абортам и контрацепции, имущественное положение

– матери и детей при распаде брака, режим труда работающих женщин

Приоритетными направлениями демографической политики является следующее:

1) укрепление состояния здоровья населения в первую очередь за счет совершенствования профилактических мероприятий по

снижению по снижению распространению ЗППП, ВИЧ, СПИД; профилактика ранней беременности прерывания беременности; привитие негативного отношения к курению, алкоголизму и наркомании; развития физической культуры и спорта; раннему выявлению болезней системы кровообращения, новообразований и инфекционных болезней;

2) создание предпосылок для повышения рождаемости, укрепление института семьи, обеспечение адресной социальной защиты семьи, создание социально-экономических условий, благоприятных для рождения, содержания и воспитания нескольких детей, возможность обеспечения семьи соответствующими жилищными условиями;

3) регулирование миграционных потоков, повышение эффективного их использования, обеспечение интеграции мигрантов в российское общество, совершенствование законодательства, касающегося защиты прав мигрантов и регулирования миграционных процессов

Регулируется демографической политики на основе законодательства и через соответствующие целевые программы:

1) Конституция Российской Федерации: ст. 38 материнство и детство, семья находятся под защитой государства; в соответствии со ст. 41 каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь, а соответственно может реализовать репродуктивное право на получение специализированной медицинской помощи в целях охраны репродуктивного здоровья.

2) Гражданский кодекс Российской Федерации (1996)

3) Уголовный кодекс Российской Федерации №66-ФЗ (1996)

4) Семейным кодексом Российской Федерации: "семья, материнство, отцовство и детство в Российской Федерации находятся под защитой государства". Статьей 13 данного кодекса установлен

брачный возраст – 18 лет, который при наличии уважительных причин и просьбы, желающих вступить в брак, может быть снижен до 16 лет. Согласно ст. 15 Семейного кодекса лицам, вступающим в брак, по их желанию специалистами учреждений здравоохранения проводится медицинское обследование состояния здоровья.

5) Трудовым кодексом Российской Федерации устанавливается запрет на использование труда работающих беременных женщин и несовершеннолетних на вредных производствах, право на неполный рабочий день и предоставление оплачиваемого отпуска по беременности и родам.

6) Закон Российской Федерации «О государственных пособиях гражданам, имеющим детей» №81-ФЗ (1995) с дополнениями №181-ФЗ (2001) и др.

7) «Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» от 21.11.2011 N 323-ФЗ является законом прямого действия, в котором здоровье рассматривается как «состояние физического, психического и социального благополучия человека», что соответствует международным нормам (ВОЗ, 1987)

8) Приказ от 26 февраля 2003 г. №67 «О применении вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) в терапии женского и мужского бесплодия».

9) Концепция охраны репродуктивного здоровья населения РФ на 2016-2025 годы утвержденная Указом Президента в октябре 2007 года (Указ от 09.10.2007 № 1351)

10) Федеральный закон от 24.08.95 № 152-ФЗ "О дополнительных мерах по охране материнства и детства"

11) Постановление Правительства Российской Федерации от 3 октября 2002 года №732 об утверждении подпрограммы «Здоровый ребенок» в составе федеральной целевой программы «Дети России»

Кроме общих законодательных актов, стоит отметить государственные программы, направленные на сохранение репродуктивного здоровья, федерального и регионального уровня. На сегодняшний день, одна из масштабных - Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Данная программа подразумевает экстракорпоральное оплодотворение по обязательному медицинскому страхованию. Данная программа была принята Постановлением Правительства РФ №1074 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи» дает возможность провести ЭКО за счет государства по полису ОМС. С 2017 года в приказ внесены изменения, согласно которым принять участие в ЭКО государственной программе могут семейные пары с незарегистрированным браком, одинокие женщины и пары, в которых один партнер ВИЧ-инфицирован, кроме того пара вправе самостоятельно выбрать клинику, в которой они проведут лечение. Это могут быть и частные клиники, но только те, которые заключили договор с фондом ОМС

Наиболее свежим источником законодательства в плане здоровья репродуктивной функции является Концепция охраны репродуктивного здоровья населения РФ на 2016-2025 годы [42].

Целью Концепции является реализация репродуктивного потенциала семьи и снижение репродуктивных потерь населения.

Основными задачами Концепции являются:

- 1) Совершенствование законодательной базы в области охраны репродуктивного здоровья граждан;
 - совершенствование системы медицинского страхования с развитием индивидуального подхода к формированию страховых тарифов;

- установление ответственности пациента, государства и работодателя, как субъектов права, за состояние здоровья в т.ч. и репродуктивного, а также за состояние здоровья лиц, находящихся на попечении;

2) Усиление взаимодействия органов государственной власти, профессионального сообщества и институтов гражданского общества в области охраны репродуктивного здоровья:

- разработка механизма межведомственного взаимодействия в сфере охраны репродуктивного здоровья населения;

- создание системы взаимодействия профессионального сообщества и органов государственной власти в вопросах репродуктивного здоровья;

- реализация специальной научной программы.

- повышение квалификации специалистов, работающих в области охраны репродуктивного здоровья;

3) Формирование мотивации для образа жизни, способствующего профилактике репродуктивных нарушений:

- укрепление института семьи, возрождение и сохранение духовно-нравственных традиций семейных отношений;

- создание коммуникационной кампании по информированию россиян о проблемах репродуктивного здоровья;

- Формирование профилактической среды в области репродуктивного здоровья населения:

- создание трехуровневой системы охраны репродуктивного здоровья населения;

4) Повышение уровня рождаемости (увеличение суммарного коэффициента рождаемости) до уровня, превышающего уровень воспроизводства населения:

– снижение уровня репродуктивных потерь за счет сокращения числа аборт и самопроизвольного прерывания беременности;

– создание системы непрерывного мониторинга состояния репродуктивной системы у детей и подростков.

Рассмотрим влияние основных аспектов демографической политики на состояние рынка труда [24]:

1) Материальное стимулирование рождаемости- введение надбавок к заработной плате по прогрессивной шкале. На рынке труда данная мера отражается следующим образом: повышение предложения труда (которое вызвано краткосрочным увеличением заработной платы):

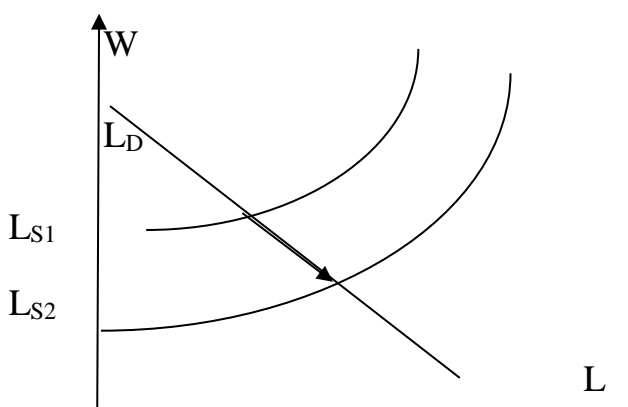


Рис. 5 Надбавки за увеличение рождаемости

Рассмотрим график более подробно. При начальном предложении L_{s1} наблюдается равновесие на рынке труда. За счет стимулирования потенциальных работников- женщин к повышению рождаемости происходит повышение предложения на рынке труда. То есть часть женщин, которые занимались воспитанием детей, переходит в другую группу экономически активного населения. При этом работодатель, который выплачивает надбавки, стремится к оптимизации издержек путем сокращения основной части заработной платы. Таким образом, мы наблюдаем обратный эффект в долгосрочном периоде- снизившийся уровень заработной платы также сократит и предложение на рынке

труда. Однако удастся разрешить проблему хотя бы частично, а именно, увеличить на определенный период времени уровень рождаемости.

2) Если материальное стимулирование происходит за счет материнского капитала (то есть за государственные средства). Рассмотрим, как устанавливается равновесие в этом случае:

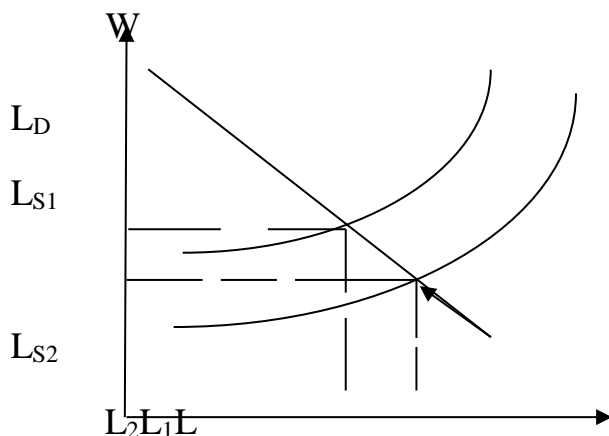


Рис. 6 Стимулирование за счет государственных средств

Рассмотрим ситуацию, приведенную на рисунке 2. Пусть начальное предложение на рынке труда характеризуется кривой L_{S1} . Правительство вводит для стимулирования рождаемости материальную поддержку в виде пособий на детей, выплата которого никак не связана с работодателем- это средства из государственного бюджета. Становится более выгодным уход за детьми и занятие материнством- женщины переходят в группу безработных(домохозяек). Это сокращает объем предложения труда до L_{S2} , при этом количество занятых также сокращается. Предприятия вынуждены искать новых работниц и увеличивать оплату труда [24].

3) Повышение рождаемости связано с ростом количества детей. Это вызывает повышение спроса на такие профессии как учитель, воспитатель, медицинский работник, няня и т.п. Отобразим на рисунке 3, как происходит данное повышение:

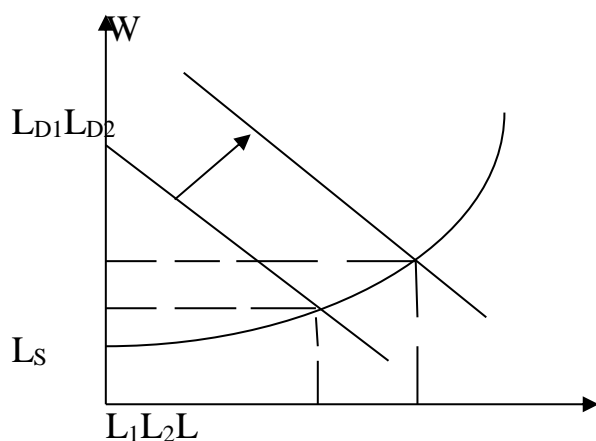


Рис. 7 Повышение рождаемости и реакция рынка труда

Итак, в начальном состоянии экономика задана спросом L_{D1} . Поскольку увеличивается спрос на специальности, так или иначе связанные с воспитанием детей, кривая спроса на труд сдвигается вправо до L_{D2} . При этом растет уровень оплаты труда до значения W_2 , что позволяет привлекать в данную отрасль как можно больше рабочей силы. Таким образом, происходит стимулирование социально-значимых профессий [18].

В качестве примера можно привести введение родовых сертификатов для работников медицины. Увеличение рождаемости также увеличило и объем работы. При этом уровень заработной платы остается достаточно низким. Государство для привлечения молодых работников в медицину стимулирует их выплатами по родовым сертификатам- чем большее количество детей родится за определенный промежуток времени, тем значительнее будет выплата. Тем или иным образом все меры демографической политики влияют на состав и структуру населения. Именно состав населения определяет состояние рынка труда. Исследование эффективности государственной политики в области охраны репродуктивного здоровья осуществляется по следующей схеме:

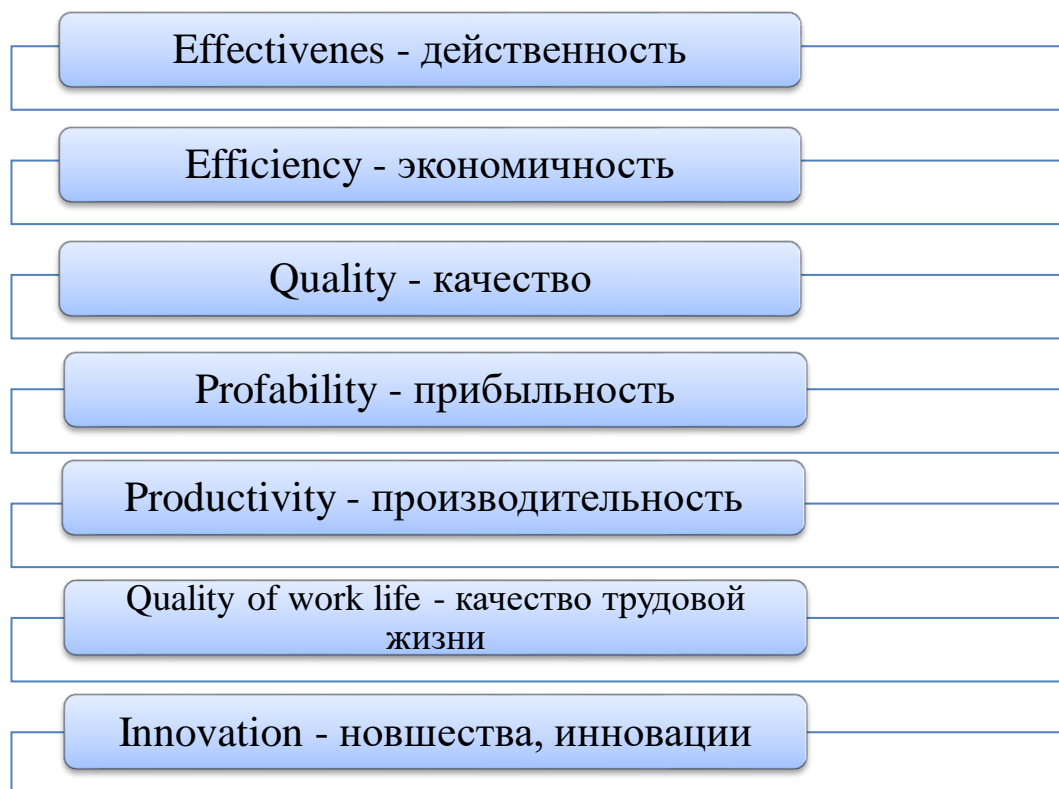


Рис.8 Схема исследования эффективности

Согласно подходу Синка, эффективность – это не только привычное нашему пониманию соотношение результатов к затратам ресурсов; эффективность – комплексный элемент системы управления, который включает в себя:

1) Effectiveness – с английского данный термин можно перевести как действенность, или, собственно говоря, эффективность. Действенность является отражением выполнения поставленных перед системой целей. Данный элемент может ассоциироваться с целями, которые поставлены перед властью, а также ресурсами, которые были запланированы;

2) Efficiency – можно рассматривать данный элемент как экономичность. «Экономика должна быть экономной», а по П.Хейне эффективность – не что иное, как экономичность.

3) Quality – Под качеством можно понимать улучшение характеристик выпускаемых товаров, использование более экологичного

сырья, автоматизацию производственных процессов за счет использования более совершенного оборудования и т.д.

4) Profability – наиболее часто встречающийся в отечественных научных исследованиях элемент эффективности (в экономической теории, статистике и других областях знаний), который именуется как прибыльность. Под прибыльностью можно понимать отношение валовых доходов за определенный период времени к суммарным издержкам за такой же период времени. ;

5) Productivity – данный элемент рассматривается как производительность. В СССР показатель производительности труда считался ключевым – он показывал, с какой отдачей работает советское общество для достижения цели построения коммунизма. То есть производительность была скорее не экономическим, а идеологическим элементом. С переходом к капиталистическому обществу показатель производительности труда, однако, не утратил актуальности у российских ученых.

6) Qualityofworklife – рассматривался общий термин «качество», здесь же выделяется термин «качество трудовой жизни». Под социальной защищенностью можно понимать медицинское и пенсионное обеспечение сотрудников, возможность с минимальными издержками найти работу после сокращения.

7) Innovation – данный элемент эффективности можно рассматривать как инновации, новшества. В мировой экономике именно новшества становятся ключевым фактором эффективного развития территории.

Исследование эффективности по Д.С.Синку показало, насколько важен именно системный подход при проектировании развития территорий. В 21 веке уже неактуально выделять только прибыльность о того или иного преобразования или управленческого решения. То есть

эффективность регионального развития – это комплекс социально-экономических факторов.

Демографическая ситуация в стране является одной из характеристик ее благосостояния. Если достигнут баланс между количеством людей пенсионного возраста и количеством экономически активного населения, а также рождаемость превышает смертность, то можно говорить об эффективности государственной демографической политики. Демографические меры направлены на повышение рождаемости в долгосрочной перспективе влияют на рынок труда.

1.3 Государственная политика в области охраны репродуктивного здоровья

Репродуктивное здоровье — это положение полного физиологического, психического и общественного благополучия репродуктивной системы, ее функций и действий, включая воспроизводство потомства и гармонию психосексуальных отношений в семье. Репродукция считается основополагающей функцией для любого живого организма.

Выделим 4 проблемы, наиболее характерных для состояния репродуктивного здоровья населения на современном этапе [8]:

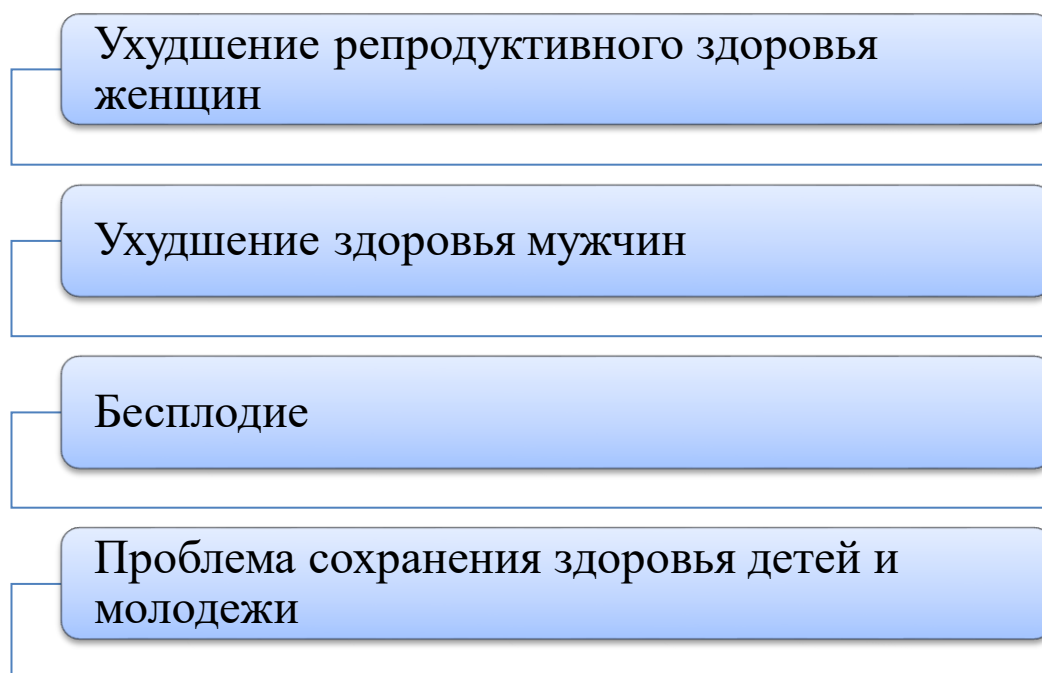


Рис. 9 Проблемы репродуктивного здоровья населения на современном этапе

Охарактеризуем названные проблемы с помощью статистических данных:

1) В России насчитывается порядка 8 миллионов женщин (по данным 2017 года), которые не могут реализовать свою репродуктивную функцию в полном объеме. Это приводит к росту числа недоношенных и маловесных детей, содержание которых обходится государству примерно в 300 раз дороже, нежели здоровых детей. Поэтому здоровью женщин в контексте охраны репродуктивного здоровья должно быть уделено повышенное внимание.

Причины, разрушающие репродуктивное здоровье женщины включают в себя:

- вредные привычки (курение, наркомания, злоупотребление алкоголем);
- болезни, передающиеся половым путем (ВИЧ, хламидии, гонорея, сифилис);

- экологические причины (загрязнение атмосферы, воды, земли);

- беспорядочное половое поведение;

2) Низкий уровень репродуктивных функций у мужчин – порядка 15% (2017 год) страдают различными урологическими заболеваниями, препятствующими рождению нормальных детей. К сожалению, к этому фактору добавляется и высокая смертность мужчин трудоспособного возраста;

3) Бесплодие также является актуальной проблемой в контексте репродуктивного здоровья. Причинами бесплодия могут быть: врожденные пороки развития мочеполовой системы; перенесенные инфекции в частности ЗППП; аборты, сделанные в молодости; стрессовые и психологические факторы т.д.

4) Наконец, основной проблемой является крайне низкий уровень репродуктивного здоровья детей и молодежи. По статистике, до 80% девушек-подростков и 40% юношей-подростков имеют проблемы с репродуктивной функцией (2017 год).

Названные проблемы известны государству, и оно предпринимает усилия для улучшения ситуации. Однако, не только с проблемами здравоохранения связано нынешнее состояние репродуктивного здоровья населения. Как уже было отмечено в предыдущем параграфе, следует рассматривать проблему с точки зрения системного подхода – тем или иным образом оказывают влияние факторы различного свойства.

Классифицируем факторы, оказывающие влияние на состояние репродуктивного здоровья [15]:

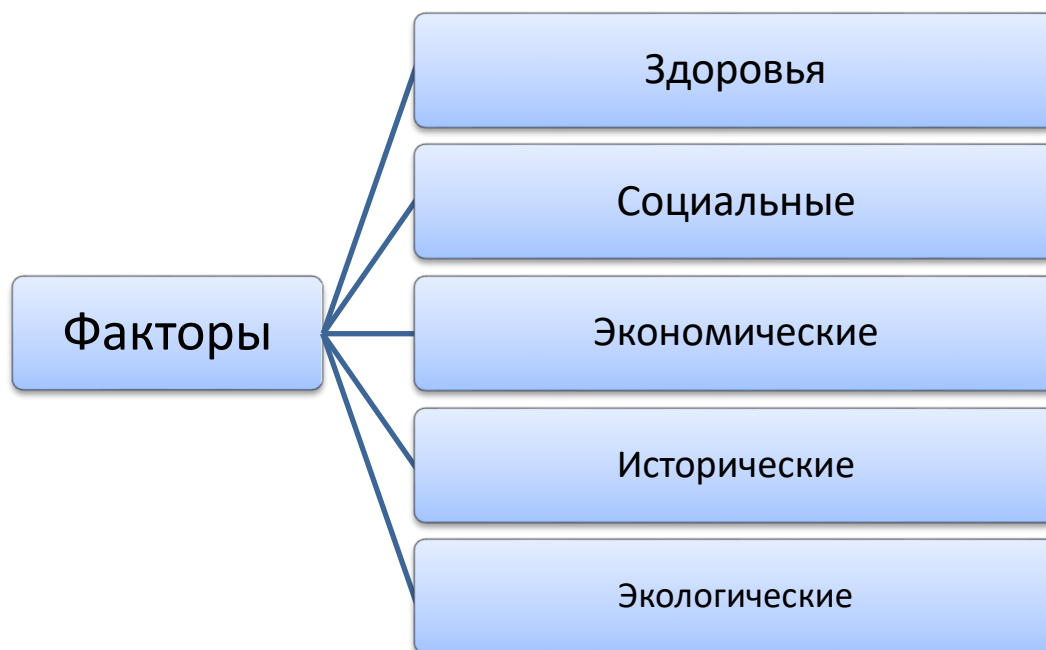


Рис. 10 Факторы, влияющие на состояние репродуктивного здоровья населения

Рассмотрим каждую из представленных групп факторов более подробно:

1) К факторам здоровья, в первую очередь, относится здоровый образ жизни, малоподвижный образ, ЗППП, отсутствие здорового образа жизни, хронические заболевания, врожденные заболевания, инфекционные заболевания, последствие прерывания беременности, стрессовые и психологические факторы,

2) К социальным факторам относится, прежде всего, образ жизни детей и молодежи. Несмотря на видимую пропаганду здорового образа жизни с отказом от вредных привычек, результаты пока остаются на прежнем уровне;

3) Базисными факторами, как и в любой другой проблеме, являются экономические факторы. Как правило, проблемы репродуктивного здоровья тесно связаны с материальным благосостоянием населения. Это и неудивительно – при отсутствии средств на профилактику различных отклонений, с падением реальных

доходов проблемы репродуктивного здоровья будут только усугубляться;

4) К историческим (ретроспективным) факторам можно отнести последствия 90-х гг., которые привели к снижению самой культуры отношений в области репродукции. Кроме того, активное распространение получили венерические заболевания;

5) Наконец, серьезно обострились проблемы, связанные с экологией. В некоторых регионах России экологические проблемы приобрели такой масштаб, что региональные власти считают их основными и ставят во главу угла именно повышение экологического фона региона. К данным регионам, преимущественно, относятся регионы Урала и Западной Сибири.

За последнее время изменились приоритеты, на первом месте карьера, работа, образование лишь затем планирование семьи. Средняя молодая семья располагает ресурсами только на рождение и воспитание одного ребенка.

Согласно данным Росстата, средний возраст российской матери — 26 лет. Это на пять лет больше, чем в 1990-е годы. За это время также почти вдвое увеличился перерыв между появлением в семье первого и второго ребенка. В 1990-х было в среднем три года, а в 2017-м — уже 5,6 лет. Таким образом, рождение второго и последующих детей отодвинулось за рубеж 30-летия матери. Наблюдается сдвиг в сторону увеличения среднего возраста матери при рождении ребенка, что указывает на то, что женщины рожают позже, но меньшее количество детей.

Таким образом, основы репродуктивного здоровья и понимание его значимости хотя и закладываются в семье, однако необходима внимание к проблеме охраны репродуктивного здоровья на уровне государственного управления, поскольку далеко не каждая семья

заинтересована в том, чтобы их ребёнок знал и понимал всю серьезность репродуктивного здоровья.

ГЛАВА 2. ИССЛЕДОВАНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ В ОБЛАСТИ ОХРАНЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

2.1 Характеристика состояния репродуктивного здоровья населения Свердловской области

Статистический анализ является наиболее наглядным и точным инструментом оценки эффективности того или иного регионального сектора. При этом, определить степень влияния различных факторов на некоторый результирующий показатель позволяют инструменты эконометрического моделирования.

Произведем выборку наиболее значимых статистических показателей, характеризующих состояние репродуктивного здоровья



населения.

Рис. 11 Динамика рождаемости в Свердловской области

Как видно из представленной динамики, рождаемость неравномерна –присутствуют периоды как всплеска, так и снижения

рождаемости. Согласно данным Росстата за 2017 год в Свердловской области впервые за 8 лет рождаемость оказалась ниже 60 тыс. человек.

В контексте исследования демографической ситуации и прогноза состояния репродуктивного здоровья населения важной является статистика по численности женщин и мужчин. (рис. 5)

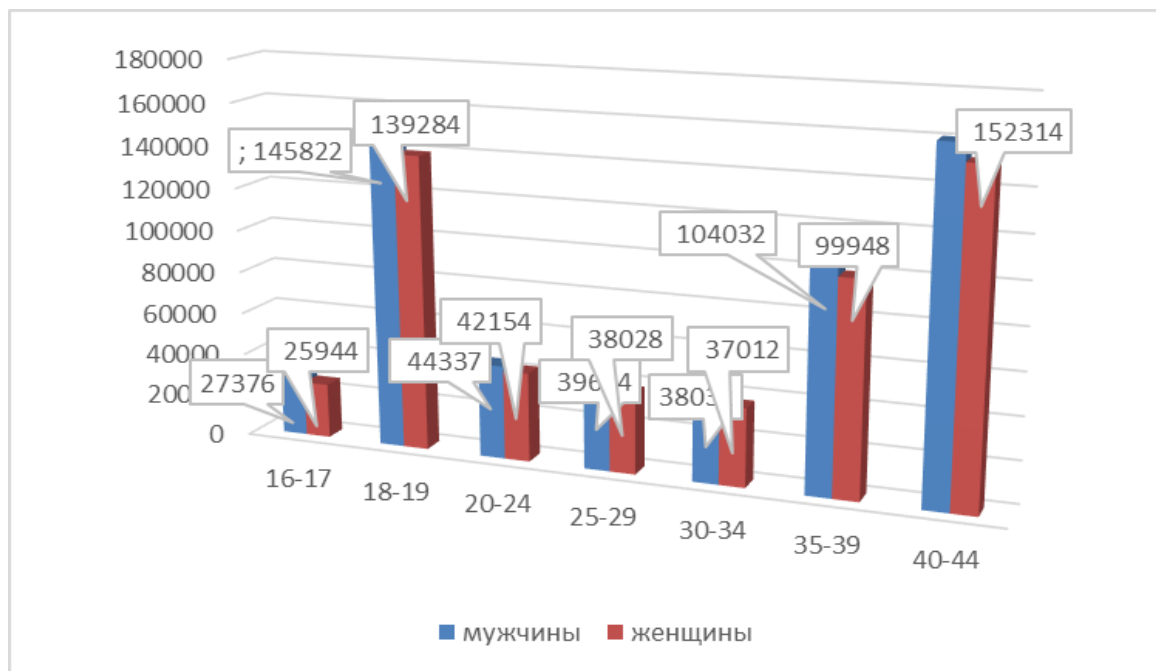


Рис. 12 Численность мужчин и женщин Свердловской области за 2018 год.

Согласно данным Росстата имеется незначительное превышение численность мужчин над женщинами в Свердловской области. Количество женщин в самом функциональном репродуктивном возрасте (20-29 лет) в сопоставление с 2014 годом 185808 тыс. чел. (20-29) имеет отрицательную динамику.

Отрицательная статистика по численности женщин объясняется следующими причинами:

- тенденцией к миграции населения и переезду молодежи в мегаполисы;
- демографические проблемы 90-х гг., которые привели к спаду рождаемости и сокращению численности населения группы 20-25 лет.

Отрицательная тенденция по численности женщин является одной из основных угроз демографической ситуации это приводит к резкому снижению рождаемости именно женщины влияют на этот процесс.

Негативной причиной, оказывающим большое влияние на качество репродуктивной функции, считается прерывание беременности. Часто женщина стоит перед нелегким выбором родить ребенка либо сделать аборт. В особенности сложно данную проблему решить в подростковом возрасте. Аборт, тем более при первой беременности, имеет возможность нанести серьезную психическую травму и привести к необратимым нарушениям в репродуктивной сфере. В тоже время решение родить нередко ставит под опасность дальнейшую учебу, другие жизненные намерения.

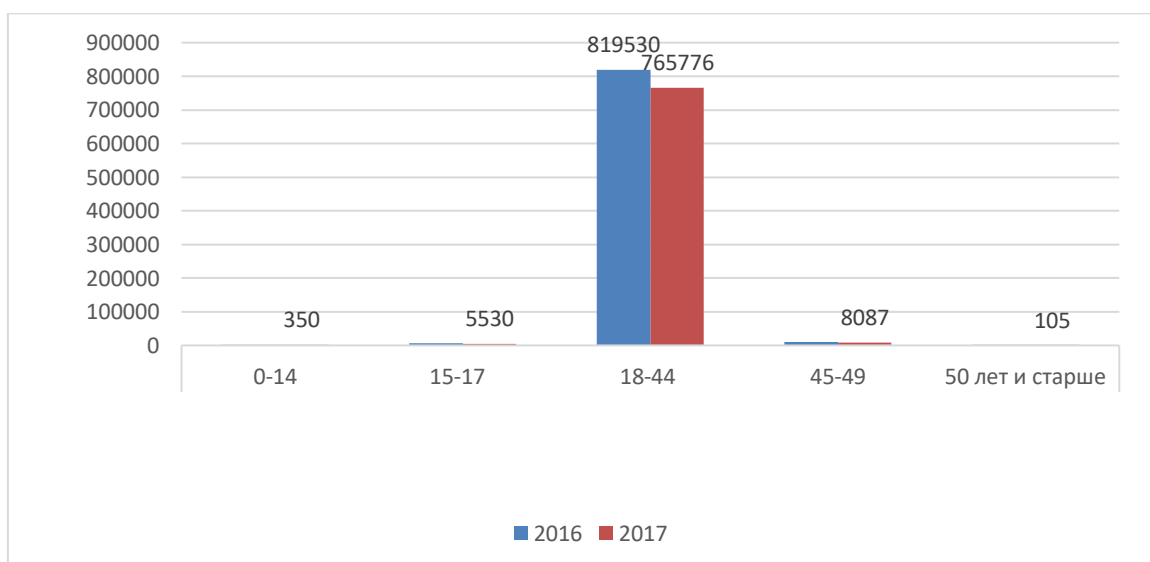


Рис.13 Сведение о прерывание беременности в Российской Федерации

Согласно данным Росстат в сравнение с предыдущим годом имеется тенденция к уменьшению численности аборт. Самое наибольшее количество аборт приходится на возраст 18-44. Аборт, сделанные в молодости, часто кончаются бесплодием. Более частым последствием аборт считается активизация либо введение болезнетворных возбудителей в половые органы женщины, что

приводит к воспалительным болезням нередко с хроническим течением, плохо поддающимся лечению.

Одной из проблем репродуктивного здоровья на сегодняшний день является бесплодие. По данным министерства Здравоохранения количество бесплодных супружеских пар по Свердловской области превышает 18%.

Увеличилось число пар, нуждающихся в вспомогательными репродуктивными технологиями в сравнение с 2007 годом ЭКО провели всего 107 процедур на 2017 год 2800 процедур. За 10 лет число нуждающихся в вспомогательных репродуктивных технологиях на 3,82%

Необходимо отметить, что в настоящее время в публикуемых обзорах, основанных на данных официальной статистики, отсутствуют реальные сведения о частоте бесплодия у мужчин, что связано с низкой обращаемостью последних к врачам специалистам, несовершенной диагностикой заболевания и недостаточным количеством специалистов андрологов [17]. Это свидетельствует о необходимости совершенствования работы органов здравоохранения в данном направлении.

Статистический анализ является наиболее наглядным и точным инструментом оценки эффективности того или иного регионального сектора.

При составление корреляции из [36] были использованы методика расчётов составления и использовались статистические данные за 2010-17 год

Введем следующие обозначения:

Y – Интегральный показатель состояния репродуктивного здоровья населения, рассчитываемый по следующей формуле:

$$Y = 0,5 * \left(\frac{1000 - \text{Число женщин с нарушением репр. функций}}{1000} + \frac{1000 - \text{Младенческая смертность}}{1000} \right);$$

примечание: число женщин с нарушением репродуктивных функций и младенческая смертность в расчете на 1000 человек.

X1 – уровень безработицы в Свердловской области, %;

X2 – число семей, улучшивших жилищные условия, семей;

X3 – процент населения с доходами ниже прожиточного минимума, %;

X4 – индекс потребительских цен в Свердловской области, доли, с сроком в 1 год;

X5 – инвестиции в основной капитал предпринимательского сектора, млрд. рублей;

X6 – процент расходов на здравоохранение, %.

Исходные данные для моделирования влияния факторов на результирующую переменную представлены в таблице 8:

Таблица 1

Исходные данные для моделирования

	Y	X1	X2	X3	X4	X5	X6
2010	-0,9	8,40%	3551	9,60%	1,0891	330,2	3,08%
2011	-0,6	7,20%	3782	9,40%	1,0997	341,6	3,10%
2012	0,3	5,80%	4040	8,80%	1,0644	348,3	3,09%
2013	0,7	5,90%	4518	8,20%	1,0731	352,9	3,59%
2014	0,5	6,10%	3936	8,30%	1,0695	371,6	3,45%
2015	0,3	6,50%	4090	9,70%	1,1059	350	3,19%
2016	-0,2	6,20%	3270	10,10%	1,1404	328,4	2,95%
2017	-1,0	6,10%	3391	9,80%	1,0578	337,8	2,92%

Системная связь прослеживается при построении круговой диаграммы Венна:

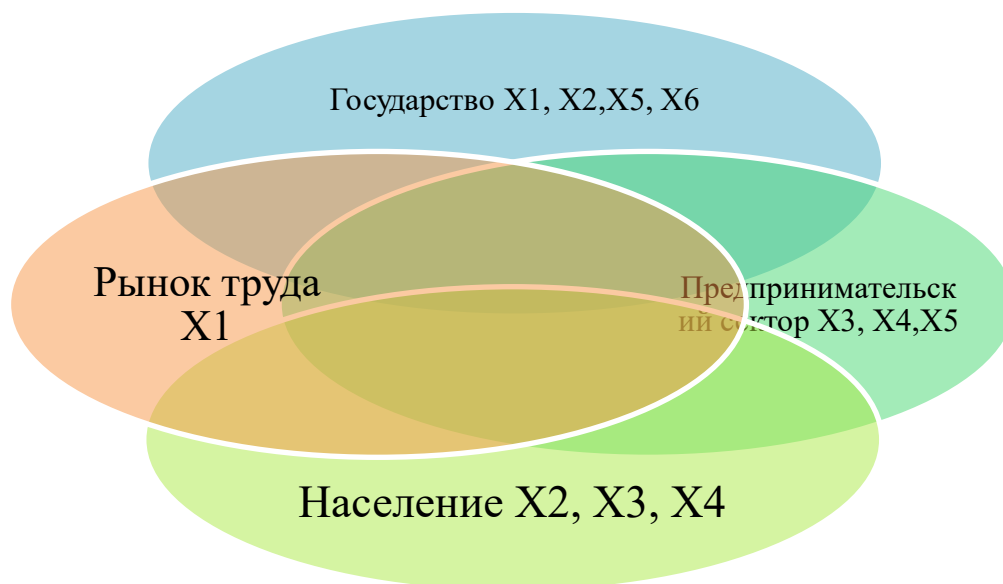


Рис.14 Связь агентов в модели

Использование системного подхода позволяет анализировать проблему охраны репродуктивного здоровья населения с различных точек зрения. При разработке мероприятий проблема не будет рассматриваться односторонне, что позволит реализовать комплексные действия по повышению эффективности государственной политики в этой области.

Исследуем связь каждого фактора с результирующей переменной при помощи построения полей корреляции. При этом, сразу возможно отбросить индекс потребительских цен, который имеет коэффициент корреляции с естественным приростом $-0,08$, что свидетельствует практически о полном отсутствии связи между данным фактором и результирующей переменной.

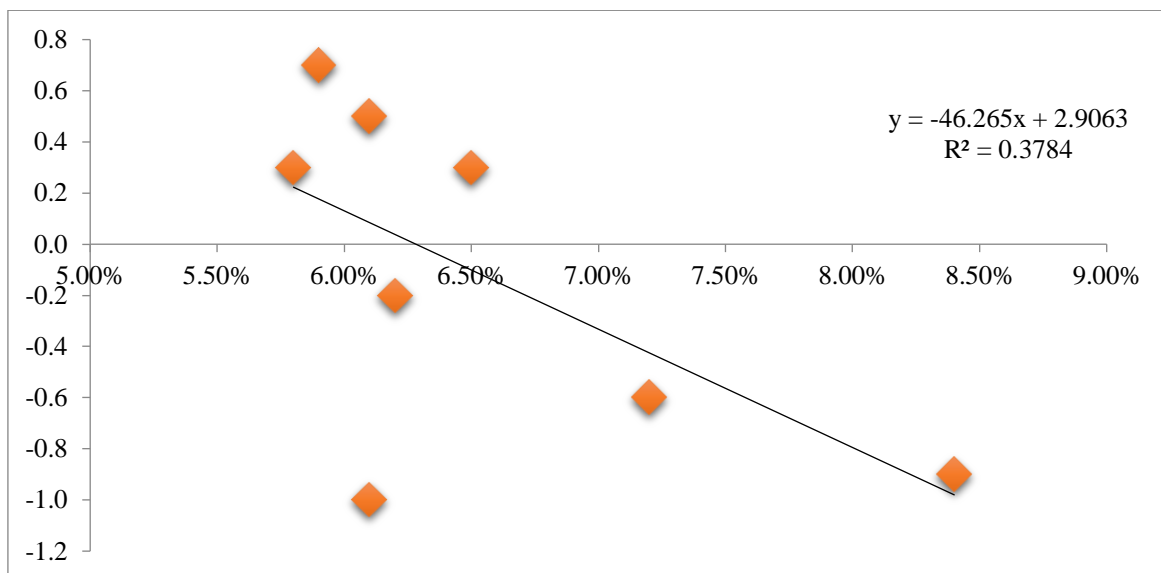


Рис. 115 Поле корреляции между естественным приростом населения и уровнем безработицы

Коэффициент корреляции в $-0,62$ подтверждает среднюю обратную связь между рассматриваемыми переменными. Действительно, повышение уровня безработицы – негативный социальный фактор, оказывающий влияние и на демографическую ситуацию в регионе. Коэффициент в уравнении регрессии равен $-46,26$, то есть при снижении уровня безработицы на 1% , интегральный показатель увеличивается на $0,46$.

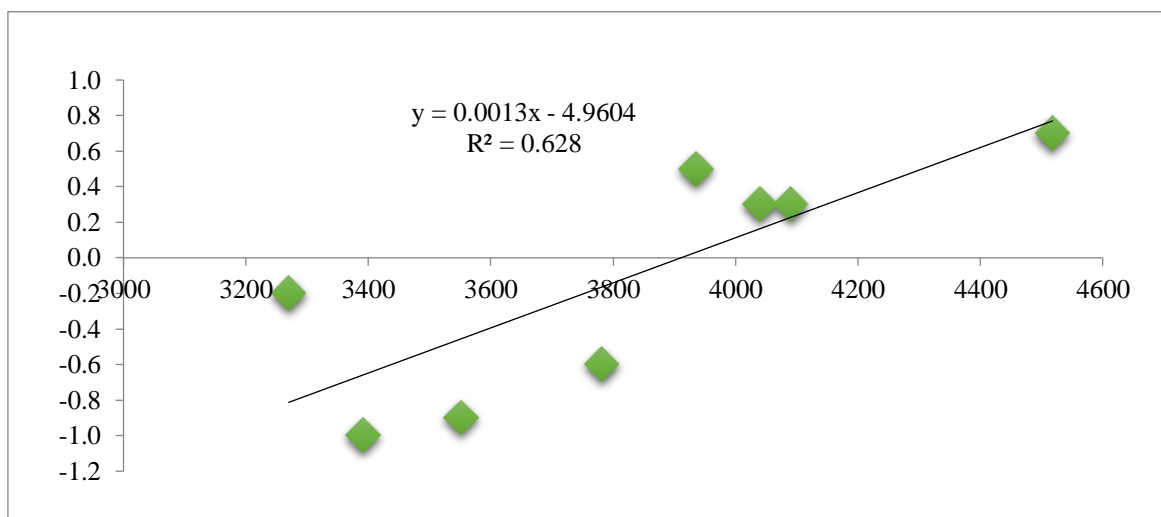


Рис. 16 поле корреляции между интегральным показателем уровня репродуктивного здоровья населения и числом семей, улучшивших жилищные условия:

Коэффициент корреляции между естественным приростом населения и числом семей, улучшивших жилищные условия равен 0,79. Это свидетельствует о тесной прямой связи и подтверждении гипотезы. Жилищный фактор – один из основных, при этом, семьи, получающие жилье, являются своего рода стимулом для других семей к повышению уровня рождаемости. Коэффициент линейной регрессии равен 0,001, то есть при повышении обеспечения семей жильем на 1000, естественный прирост повышается на 1.

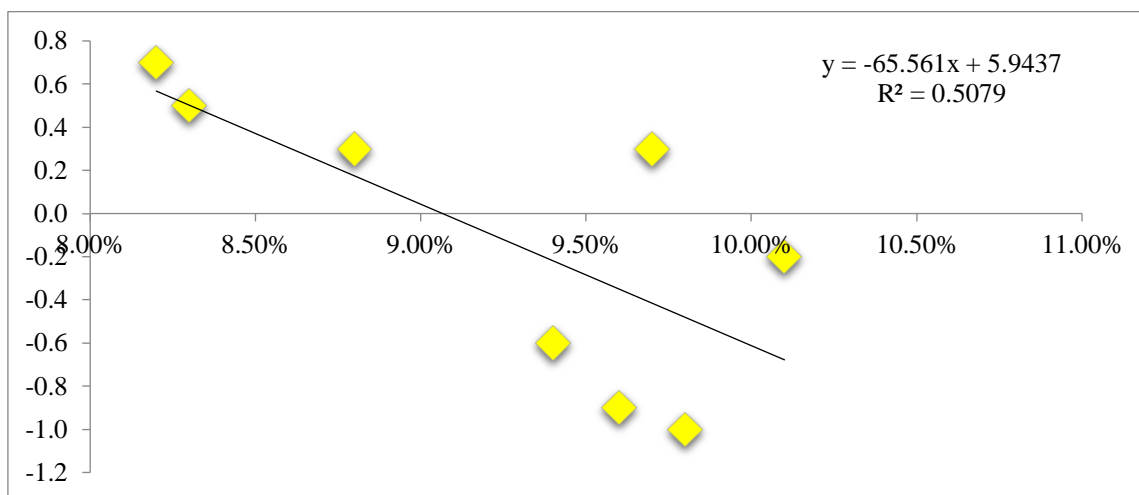


Рис.17 Поле корреляции между интегральным показателем уровня репродуктивного здоровья населения и процентом населения с доходами ниже прожиточного минимума

Коэффициент корреляции между рассматриваемыми переменными составил -0,71 – это свидетельствует о достаточно сильной обратной связи и подтверждении гипотезы. Таким образом, данный социально-экономический фактор, характеризующий общее благосостояние населения оказывает влияние и на демографическую ситуацию в регионе. При снижении граждан с доходами ниже прожиточного минимума на 1%, на 0,66 увеличивается уровень репродуктивного здоровья населения при прочих равных условиях.

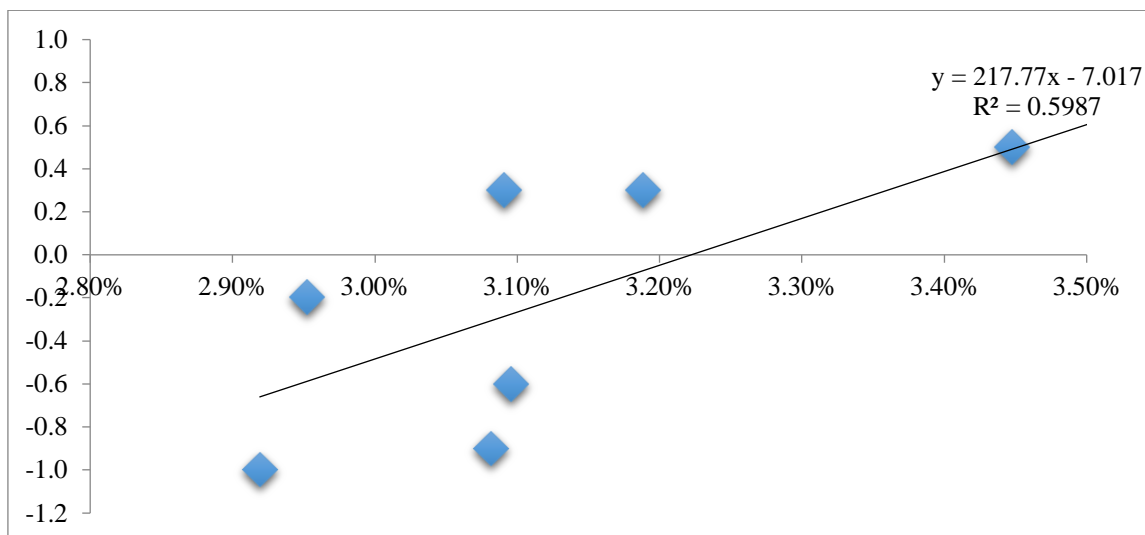


Рис. 18 Поле корреляции между интегральным показателем уровня репродуктивного здоровья населения и процент расходов на здравоохранение, %.

Коэффициент корреляции между рассматриваемыми переменными составил 0,77, что подтверждает гипотезу о сильной прямой связи. Расходы на здравоохранение оказывают непосредственное влияние на население и состояние его репродуктивного здоровья.

Проанализировав результаты корреляции можно сделать вывод: одним из социальных факторов-безработица негативно влияет на репродуктивное здоровье; жилищный фактор своеобразный стимул к повышению рождаемости; социально-экономический фактор, характеризующий общее благосостояние населения оказывает влияние и на демографическую ситуацию в регионе. При снижении граждан с доходами ниже прожиточного минимума на 1%, на 0,66 увеличивается уровень репродуктивного здоровья населения при прочих равных условиях.

2.2 Государственная политика Свердловской области по охране репродуктивного здоровья населения и эффект ее реализации

Демографические процессы могут содействовать обострению проблем здравоохранения в взаимосвязи с изменением санитарно-гигиенических условий в зависимости от темпов подъема населения, формирования специфичной возрастно-половой структуры народонаселения и т.д.

Таблица 2

Основные показатели деятельности ТФОМС [31]

	2016	2017	2018	2019	2020	Измен ение 2016- 2020	В %
Общий объем доходов бюджета ТФОМС	1657619	1705935	1887860	199288	213852	480903	29,0%
Общий бюджет расходов ТФОМС	1590150	1734978	1994095	2061326	213852	548372	34,4%
Программа "Развитие здравоохра нения"	1589589	1734280	1993386	2060615	213780	548211	34,4%
мероприят ие "Совершен ствование оказания медицинск ой помощи"	94361	96729	118793	118014	117631	23270	24,6%
мероприят ие "Совершен ствование службы родовспом ожения"	17819	18081	18276	17496	17114	-705	- 3,96%

Для более наглядного отображения показателей бюджета ТФОМС представим данные на диаграммах [34]:



Рис.19 Фактические и прогнозируемые доходы ТФОМС, тыс. рублей

На 2020 год ожидается рост показателей доходов ТФОМС (по сравнению с 2016 годом прирост в 29,01%). Возможный рост доходов объясняется возможным бюджетным маневром по перераспределению процентов взносов в социальные фонды (увеличение показателя с современного значения в 5,1%).

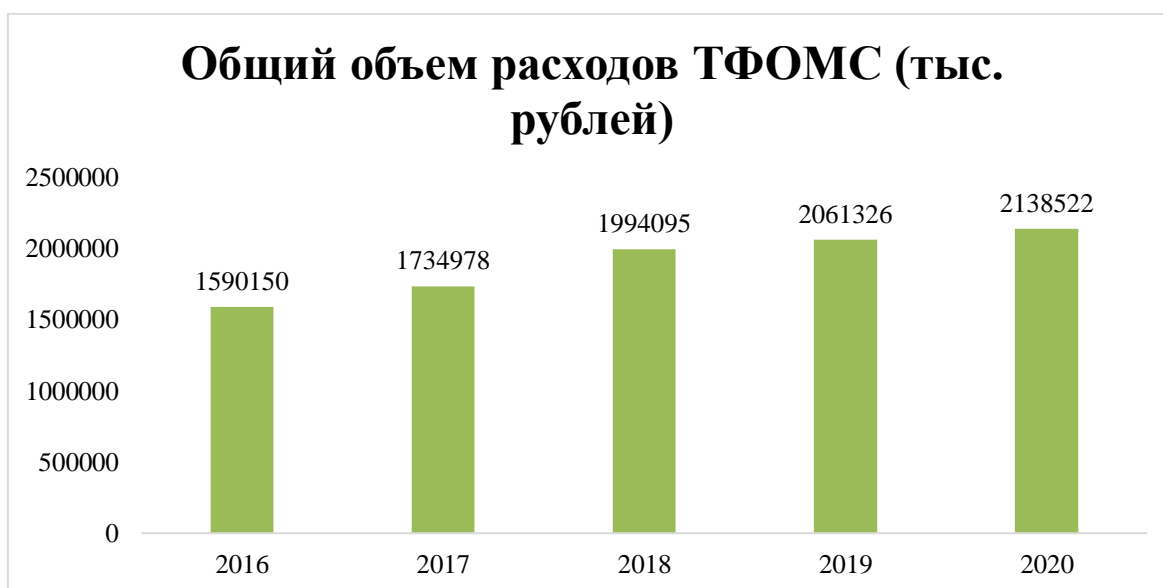


Рис.20 Фактические и прогнозируемые расходы ТФОМС, тыс. рублей

На 2020 год запланирован рост расходов Федерального фонда обязательного медицинского страхования – прирост по сравнению с 2016 годом составляет 34,49%. Рост расходов необходим по причине как увеличения затрат на оплату труда медицинского персонала, так и для увеличения финансирования некоторых обязательных мероприятий.

Расходы на обязательное мероприятие «Совершенствование оказания медицинской помощи» [33]:



Рис.21 Финансирование совершенствования оказания медицинской помощи, тыс. рублей

Как видно из представленной гистограммы, планируется некоторый рост расходов по сравнению с 2016 годом, однако, для сокращения дефицита, расходы по сравнению с 2018 годом начали снижаться – снижение на 1%.

Важным показателем расходов, характеризующих финансирование демографии, являются расходы на родовспоможение. Именно от расходов на родовспоможение зависит состояние репродуктивного здоровья населения в Свердловской области [33]:



Рис. 22 Расходы на совершенствование службы родовспоможения, тыс. рублей

В 2020 году затраты сократятся – как по сравнению с 2016 годом на 3,96%, так и по сравнению с 2018 годом – на 6,8%. Данный фактор является отрицательным, учитывая обострившиеся демографические проблемы и отрицательный естественный прирост населения в Свердловской области по итогам 2017 года.

В контексте финансового обеспечения, основной задачей ТФОМС является сокращение дефицита и доведение его до нулевого уровня к 2020 году. [33]:



Рис. 23 Прогнозируемый дефицит бюджета ТФОМС (тыс. рублей)

Дефицит бюджета ТФОМС планируется сократить до 0 к 2020 году. Это потребует, как повышения доходов ТФОМС, так и снижения расходов, рассмотренных выше.

1) Деятельность ТФОМС предполагает бюджетирование на различных этапах. Составление баланса доходов и расходов необходимо для повышения эффективности расходования средств ТФОМС.

2) в соответствии с проведенным статистическим анализом, можно утверждать, что финансовое обеспечение ТФОМС по Свердловской области улучшилось по сравнению с 2014 годом. Выросло финансовое обеспечение на 1 застрахованного, в том числе, и по высокотехнологичным видам медицинской помощи.

3) Однако, для региональной системы ОМС остаются характерными следующие проблемы:

- снижение реальных заработных плат медицинских работников;
- невозможность обеспечения квалифицированного дорогостоящего лечения по полису ОМС;
- высокий уровень региональной дифференциации в финансовом обеспечении, который, в конечном итоге, приводит к снижению эффективности оказания медицинской помощи в периферийных регионах.

Благодаря принятой программе «О программе государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи» была принята Постановлением Правительства РФ №1074 в Екатеринбурге в 2015. «из пробирки» появилось 898 младенцев. Применение экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) в последние годы в Свердловской области, как и в других регионах России, становится не только видом высокотехнологичной медицинской помощи конкретным пациенткам и супружеским парам, но и важным фактором, вносящим определенный вклад в решение демографической проблемы снижения рождаемости,

фиксируемого в последние несколько лет. На территории Свердловской области за период организации помощи бесплодным супружеским парам с применением метода ВРТ (вспомогательная репродуктивная технология) объёмы помощи выросли в 16 раз, с 170 процедур в 2007 году до 2728 процедур в 2016 году. При этом министерством здравоохранения Свердловской области в полном объеме сохранены меры по оптимизации системы оказания специализированной помощи бесплодным супружеским парам с использованием методов ВРТ – на плановый период 2017 года запланировано 2800 процедур с оплатой за счет средств ОМС, что составляет 98 процентов от потребности пар впервые вставших на прием по бесплодию на территории Свердловской области. [36]

Проект «Совершенствование организации медицинской помощи новорожденным и женщинам в период беременности и после родов, предусматривающее, в том числе развитие сети перинатальных центров в Российской Федерации», утвержденный протоколом президиума Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и приоритетным проектам (протокол от 25.10.2016 № 9).

Краткое наименование «Технологии и комфорт – матерям и детям»

Сроки проекта 28.03.2017 – 01.02.2019

В контексте политики в сфере репродуктивного здоровья, целевыми показателями проекта «Технологии и комфорт – матерям и детям» являются снижение показателя младенческой смертности, охват беременных перинатальной диагностикой и охват медицинской реабилитации детей перинатального риска. В таблице 3 представлены основные целевые показатели до 2025 года [31]:

**Целевые значения показателей проекта «Технологии и
комфорт – матерям и детям»**

Наименование показателя	2016	2017	2018	2019	2025
младенческой смертность (на 1000 родившихся)	5,8	5,6	5,5	5,4	5,0
Охват беременных перинатальной диагностикой, %	95,8	96	96	96	96,2
Охват медицинской реабилитацией детей перинатального риска, %	15	90	95	96	97

Как видно из представленной таблицы, заложено снижение младенческой смертности с 5,5 до 5 человек на 1000 родившихся. Результатом данного проекта является снижение материнской и младенческой смертности.

Таким образом, согласно постановлению Правительства и разработанным программам основной акцент делается на здоровье и сохранению населения Свердловской области ставится и на репродуктивную систему, ведь именно она влияет полностью на количественный состав населения.

**2.3 Направления повышения эффективности государственной
политики Свердловской области в контексте охраны
репродуктивного здоровья**

В Российской Федерации развитие и финансирование здравоохранения всегда напрямую было связано с проблемой региональной дифференциации. Анализ проблемы региональной дифференциации в плане финансирования медицинского обеспечения позволяет выделить 4 модели финансирования, действующие в настоящее время:

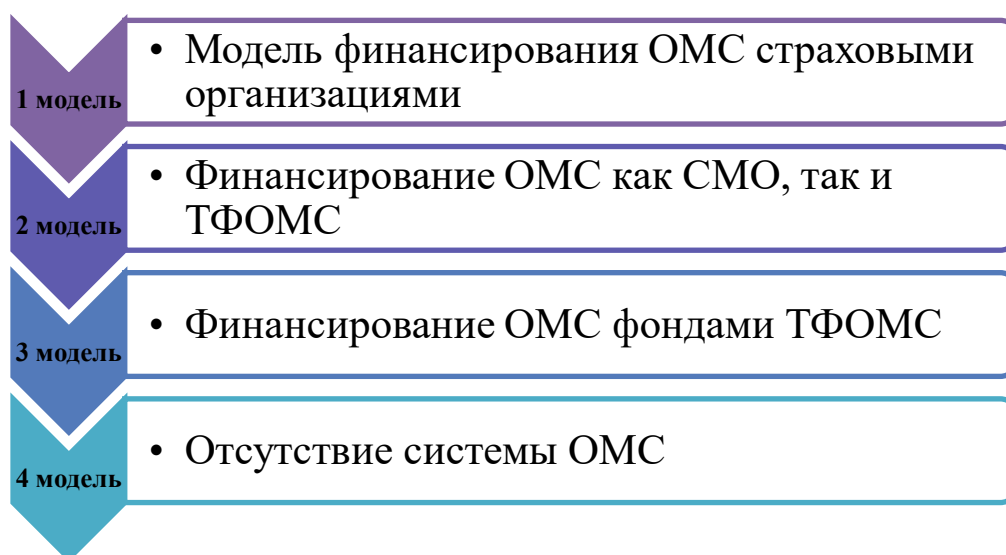


Рис. 23 Модели в рамках региональной дифференциации финансирования Обязательного Медицинского Страхования

Анализ показывает, что максимальное удовлетворение граждан в вопросах получения медицинской помощи предполагает только первая модель с максимальным доступом частных страховых организаций в систему ОМС.

К сожалению, в российской переходной экономике, принципы финансового обеспечения здравоохранения реализуются не до конца. Причина состоит как в сложившейся этике бизнеса (жесткая налоговая база приводит к тотальному сокращению расходов предприятия и выводу «в тень» заработных плат сотрудников для минимизации социальных отчислений), так и в нестабильной макроэкономической обстановке (высокий уровень безработицы, значительный процент населения за чертой бедности), что приводит к невозможности региональной власти реализовать программы по финансированию здравоохранения по аналогии с западными странами.

В настоящее время проблема развития финансирования здравоохранения стоит особенно остро в контексте обеспечения охраны репродуктивного здоровья населения. Причина состоит в том, что стандарты медицинской помощи ежегодно повышаются – и задача Свердловской области не отставать от передовых регионов в вопросах

обеспечения служб родовспоможения. Кроме того, повышение пенсионного возраста должно быть обоснованным – это возможно только за счет повышения качества медицинского обслуживания в регионе.

Основываясь на постановление от 21 октября 2013 г. №1267-ПП об утверждении государственной программы Свердловской области «Развитие Здравоохранения Свердловской Области до 2020 года» можно выделить несколько основных направлений развития системы охраны репродуктивного здоровья населения в Свердловской области:

1) Сценарий развития до 2020 года предполагает рост государственных расходов только до 3,5% ВРП, при этом, 1,5% расходов ВРП приходится на частную медицину. Сравнительный анализ расходов с западными странами дает представление, что данные суммы не являются достаточными.

2) Пересмотр законодательства в сторону увеличения тарифов на обязательное медицинское страхование. При этом, уровень взносов работодателя необходимо оставить на прежнем уровне, сократив расходы на пенсионное обеспечение (поскольку произошло повышение пенсионного возраста). Схема страховых взносов может быть представлена в следующем виде – 20% в Пенсионный фонд Российской Федерации, 7,1% в Фонд обязательного медицинского страхования, 2,9% - в Фонд социального страхования (сумма остается на уровне 30%). Представим на рисунке 24, как ощутят увеличение тарифов экономические агенты:

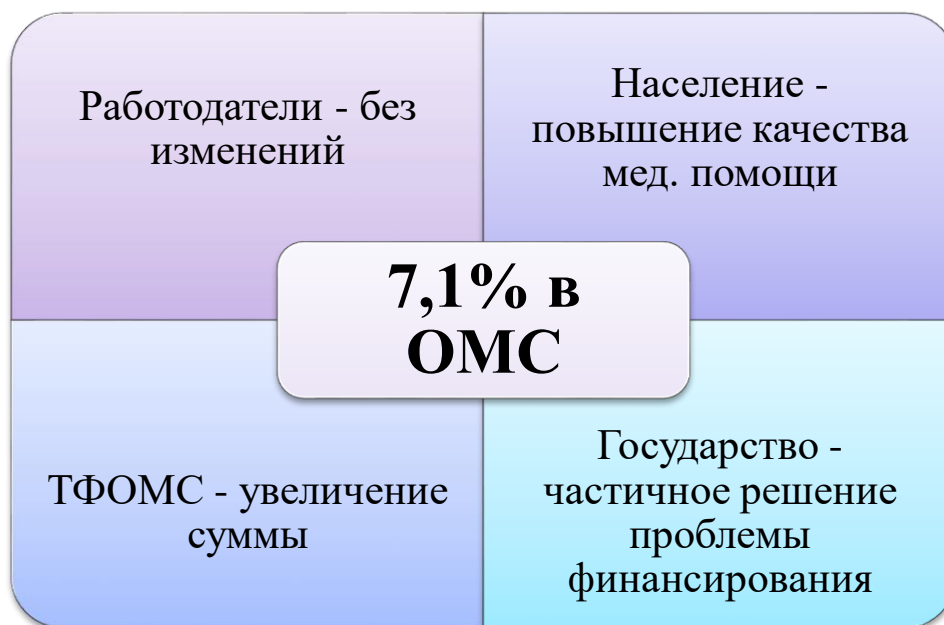


Рис.24 Проект увеличения взносов в ОМС

Однако, реализовать на практике данный подход проблематично. Дело в том, что в Свердловской области существует серьезное лобби со стороны собственников крупных корпораций, которому выгодно, чтобы взносы в Пенсионный фонд РФ оставались на прежнем уровне. Это позволяет получать в оборот значительные средства, несоизмеримые с затратами на здравоохранение. Если же оставлять уровень взносов в ПФР на прежнем уровне в 22%, а повысить взносы в ОМС – то противниками реформы окажутся работодатели ввиду повышения расходов на оплату труда.

3) Введение накопительных счетов граждан Свердловской области. Эффективность системы сберегательных счетов в сфере ОМС доказана на примере канадской системы финансирования здравоохранения. Главный плюс системы состоит в существенной экономии средств работодателей на уплату страховых взносов.

В непростых экономических условиях государству необходимо поддержать предпринимательский сектор. Кроме того, задача государства состоит в максимальной легализации рынка трудовых отношений. Известно, что в настоящее время работодатели, с целью

оптимизации расходов, устраивают сотрудников полуофициально, экономя средства на социальные взносы. Поэтому важно создать лояльную систему страховых взносов, чтобы работодатели были максимально заинтересованы в официальном трудоустройстве своих сотрудников;

4) Принятие нового закона о государственных гарантиях по оказанию бесплатной медицинской помощи. Необходимость принятия нового законопроекта может быть доказана следующими соображениями:

- население должно стать более грамотным в вопросах медицинского обеспечения. То есть необходимо создать такой нормативный акт, в котором четко будут разграничены вопросы случаев бесплатной медицинской помощи и платной медицинской помощи. Граждане страны должны осознавать, как реализуются их конституционные права в вопросе бесплатной медицинской помощи;

- граждане должны быть уверены, что их права будут полностью обеспечены субъектами медицинского страхования. Важным в данном вопросе является повышение эффективности работы с обращениями граждан по поводу действия (бездействия) субъектов системы ОМС (страховые компании, лечебные учреждения, медицинский персонал). Обработка обращений граждан должна осуществляться с использованием передовых информационных способов, а ответ на обращения должен даваться в максимально короткие сроки;

5) Внедрение единых, наиболее эффективных способов оплаты медицинской помощи:

- отказ от методов сметного финансирования сети медицинских организаций;

- переход от метода ретроспективного возмещения расходов на медицинскую помощь (метод «зарабатывания»), не позволяющего

достаточно четко контролировать затраты, к методу предварительной оплаты согласованных (планируемых) объемов медицинской помощи, сориентированных на конкретный результат по критериям доступности и качества оказанной МП;

- в первичной медико-санитарной помощи - сочетание подушевого метода финансирования прикрепленного населения с ориентацией на заинтересованность медицинских работников в улучшении показателей здоровья населения, доступности и результативности не только амбулаторно-поликлинической, но и стационарной медицинской помощи.

6) Активное развитие солидарных форм оплаты медицинских услуг. На рисунке 25 представим основные направления реформирования финансирования здравоохранения в соответствии с данным направлением:

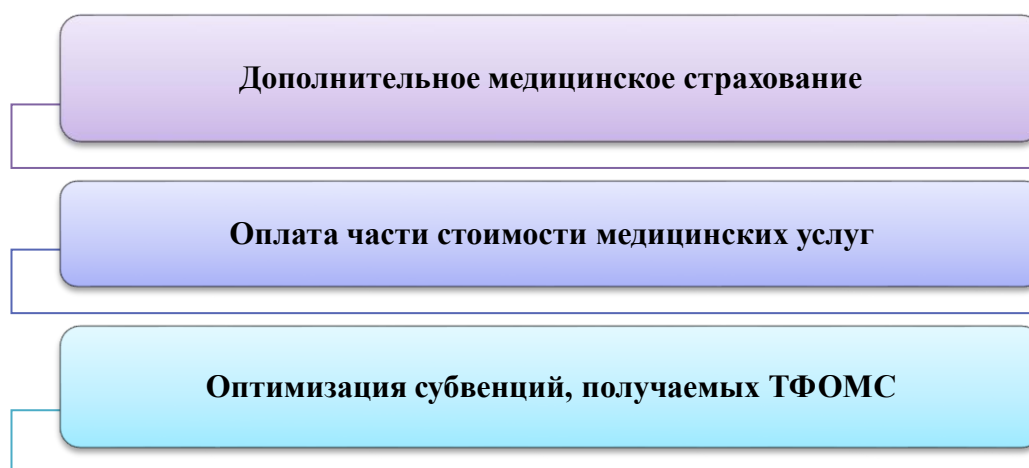


Рис.25 Мероприятия в рамках внедрения солидарной формы оплаты медицинской помощи

Дополнительное медицинское страхование предполагает добровольное отчисление незначительных сумм (преимущественно, заработной платы) на личные счета граждан для частичной оплаты медицинской помощи. В отличие от добровольного медицинского

страхования, данные платежи не являются для граждан обременительными (размер порядка 1-2% от месячного дохода);

7) Перераспределение средств ТФОМС и направление части перераспределенных средств на финансирование фундаментальных исследований, поскольку они оказывают наибольшее влияние на состояние репродуктивного здоровья населения. Ликвидировать научное отставание от западных стран в вопросах медицинского обеспечения – необходимость в современных условиях.

Поддерживается инициатива работы с молодежью, создать для старших классов общеобразовательную программу, посвященную методам контрацепции, репродуктивному здоровью и как его сохранить, гигиеническое воспитание, пропаганда запрета алкоголя, курение табака, наркотики. Кроме того, организована работа с родителями по вопросам поло-ролевого воспитания детей. Однако по данным вопросам в учебной программе отведено недостаточно часов и отмечается слабая подготовка педагогов. В связи с этим на территории Свердловской области планируется организация и проведение семинаров, курсов повышения квалификации для руководителей и педагогов образовательных организаций по вопросам формирования здорового образа жизни, репродуктивного здоровья обучающихся.

Сферы здравоохранения и образования играют важную роль в понимании подростками вопросов, касающихся здорового образа жизни. Признано, что учебники, хорошо подготовленные педагоги и достаточное количество времени, отведенное для преподавания, являются ключевыми факторами для эффективного обучения в рамках развития навыков здорового образа жизни, пропаганды добрых семейных традиций. Как удачный вариант совместной работы врачей с психологами, социальными работниками, юристами можно представить работу клиник, дружественных к молодежи.

Подготовка специалистов по вопросам охраны репродуктивного здоровья, для этого необходимо обучение врачей всех специальностей, которые в рамках своей деятельности сталкиваются с пациентами высокого риска репродуктивных нарушений. Особое внимание необходимо уделить подготовке врачей (врач общей практики, участковый терапевт, семейный врач, участковый педиатр, цеховой врач, акушер-гинеколог женской консультации, и т.п.). Для этого необходимо: разработать образовательные материалы по деонтологии при консультировании пациентов с заболеваниями органов репродуктивной системы и их лечении. Увеличение специалистов, занимающихся вопросом репродуктивного здоровья мужчин. по соответствующим программам дополнительного профессионального образования;

В женских консультациях проводить беседы с девушками подростками для предупреждение ранней беременности; возможность бесплатного приобретения лекарств по подготовке к реализации репродуктивного потенциала в будущем; бесплатные направления для беременных в оздоровительные пансионаты, дневные стационары.

Проведение диспансеризации для выявления общесоматических и хронических заболеваний, включить в перечень анализов, направление на выявление ВИЧ, ЗППП, гепатит

В современных социально-экономических условиях, которые характеризуются высоким уровнем заболеваемости и общей смертности населения, снижением рождаемости и ухудшением здоровья детей, проблемы охраны репродуктивного здоровья населения приобретают особую значимость. Внесение данных новшеств, а также совершенствование уже имеющейся системы несет за собой нагрузку на все уровни государственных органов, особенно муниципальных и региональном. Основным контролирующим органом данных

мероприятий является Министерство здравоохранения по Свердловской области.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Государственная политика в области охраны репродуктивного здоровья может быть направлена:

- 1) укрепление состояния здоровья населения в первую очередь за счет совершенствования профилактических мероприятий по снижению по снижению распространению ЗППП, ВИЧ, СПИД;
- 2) профилактика ранней беременности прерывания беременности;
- 3) привитие негативного отношения к курению, алкоголизму и наркомании;
- 4) развитие здорового образа жизни;
- 5) раннее выявление болезней системы кровообращения, новообразований и инфекционных болезней;
- 6) создание предпосылок для повышения рождаемости, укрепление института семьи, обеспечение адресной социальной защиты семьи, создание социально-экономических условий, благоприятных для рождения, содержания и воспитания нескольких детей, возможность обеспечения семьи соответствующими жилищными условиями;

Рождаемость в Свердловской области неравномерна – присутствуют периоды как всплеска, так и снижения рождаемости. Из изученного материала можно сделать следующие выводы:

1. для Свердловской области характерна общероссийская тенденция к снижению рождаемости в 2017 году – это проявилось в том, что показатель впервые за 8 лет оказался ниже 60 тыс. человек;
2. тенденция к снижению рождаемости в последнее время связана не только с экономическими и социальными факторами. Важным фактором является и отток населения – несмотря на относительную экономическую стабильность в Свердловской области, молодежь мигрирует в мегаполисы;

3. на тенденцию к снижению рождаемости оказывает влияние стрессовые и психологические факторы.

Использование системного подхода позволяет анализировать проблему охраны репродуктивного здоровья населения с различных точек зрения. При разработке мероприятий проблема не будет рассматриваться односторонне, что позволит реализовать комплексные действия по повышению эффективности государственной политики в этой области.

Мероприятия по оптимизации финансирования здравоохранения требуют системного, комплексного подхода. Именно повышение уровня социальных гарантий и защищенности населения должно стать задачей властей Свердловской области в контексте охраны репродуктивного здоровья населения на ближайшие 6 лет.

Большое внимание необходимо уделить информированности населения. При большом объеме имеющихся источников информации до сих пор население имеет не достаточное осведомленность в данной проблеме. Основная пропаганда идет в сторону запрета алкоголя, курение табака, малое информации по поводу выбора одного из методов контрацепции вместо прерывания беременности (абортов) которые в последствие несут негативное влияние в сторону здоровья женщины вплоть до бесплодия.

Информированность населения не только по средствам СМИ но и включать специалистов например: создать для старших классов общеобразовательную программу, посвященную методам контрацепции, репродуктивному здоровью и как его сохранить, гигиеническое воспитание; для девушек проводить беседы для предупреждения раннее беременности и других вопросов касающихся репродуктивного здоровья.

Связи с тем что в основном интересы законов и законодательных актов о здоровье направлены в сторону женщин, матерей и беременных, в отношении же мужчин отсутствуют системные мероприятия и государственные программы по охране мужского репродуктивного здоровья и поддержке ответственного отцовства. Необходимо разработать государственные программы по охране репродуктивного здоровья мужчин, обучить специалистов которые будут ориентироваться в этом вопросе (уролог, андролог и.т.д)

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Конституция Российской Федерации от 30.12.2008 N 6-ФКЗ (принята всенародным голосованием 12.12.1993) (с учетом поправок, внесенных Законами РФ о поправках к Конституции РФ, от 30.12.2008 № 7-ФКЗ, от 05.02.2014 № 2-ФКЗ, от 21.07.2014 № 11-ФКЗ) [Электронный ресурс] // Режим доступа: [Консультант плюс]
2. Трудовой кодекс Российской Федерации от 30.12.2001 № 197-ФЗ (принят ГД ФС РФ 21.12.2001) (с изм. и доп., вступ. В силу с 03.10.2016) [Электронный ресурс] // Режим доступа: [Консультант плюс]
3. "Об общих принципах организации и деятельности общественных палат субъектов Российской Федерации" Федеральный закон от 23 июня 2016 г. N 183-ФЗ [Электронный ресурс] // Режим доступа: [Консультант плюс] (дата обращения: 24.02.19)
4. "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" Федеральный закон Российской Федерации от 21.11.2011
5. «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов власти субъектов Российской Федерации» Федеральный закон РФ от 06.10.1999 г. N 184-ФЗ [Электронный ресурс] // Режим доступа: [Консультант плюс] (дата обращения: 10.02.19)
6. «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» (в редакции Закона РФ от 02.04.93 № 4741-1) Федеральный закон Российской Федерации от 28.06.91 № 1499-1 [Электронный ресурс]// Режим доступа: [Консультант плюс] (дата обращения: 26.02.19)
7. Концепция охраны репродуктивного здоровья населения РФ на 2016-2025 годы утвержденная Указом Президента в октябре 2007 года (Указ от 09.10.2007 № 1351 [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://bocpsr.ru/wp-content/uploads/2017/02/Koncepciya.pdf>

8. Постановление Правительства Свердловской области от 12.10.2016 N 707-ПП "О докладе "О состоянии здоровья граждан, проживающих в Свердловской области, в 2017 году [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://www.ural-region.net/079>
9. Федеральный закон от 21.11.2011 №323 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [Электронный ресурс] доступ к сайту: <https://www.rosminzdrav.ru/documents/7025>
10. Акерман С.Г., Визерс С. и др. Добровольное медицинское страхование [Текст] / С.Г. Акерман, С. Визерс - М.: Российский юридический издательский дом. 2017.- 127 с.
11. Болтинова О.В. Бюджетное право. [Текст]/О.В Болтинова - М: НОРМА, 2017. - 320 с.
12. Герчиков В.И. Управление персоналом: работник - самый эффективный ресурс компании: учебное пособие [Текст] / В.И. Герчиков. - М.: ИНФРА-М, 2012. - 282с.
13. Гришин В. В. Обязательное медицинское страхование. Первые шаги [Текст] //Экономика и жизнь. -2016. - №41. - С. 14 - 25
14. Изабакаров, И.Г. Бюджетная система Российской Федерации: учебник [Текст] / И. Г. Изабакаров. – М.: ИНФРА-М, 2016. – 272 с.
15. Каюков В. В., Мельчакова Ю. Л. Взаимосвязь демографических процессов с состоянием экономики [Текст] // Экономика, управление, финансы: материалы III Междунар. науч. конф. (г. Пермь, февраль 2014г.). — Пермь: Меркурий, 2014. — С. 177-180.
16. Кравченко Н. Обеспеченность населения средствами ОМС в регионах России [Текст] // Экономика и жизнь. - 2016. №14. — С. 1-5
17. Крохина Ю.А. Бюджетное право России. [Текст] / Ю.А. Крохина - М.: Юрайт, 2016. - 496 с.
18. Мальцев В.А. Финансовое право. [Текст] / В.А. Мальцев -М.: Кнорус, 2016. - 242 с.

19. Медик В. А. Общественное здоровье и здравоохранение [Текст]: учеб. для студентов высш. учеб. заведений / В. А. Медик, В. К. Юрьев. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 608с.
20. Морева В.Н. Совершенствование планирования деятельности учреждения сферы медицинских услуг на основе экономических методов управления [Текст]// Вестник Белгородского университета кооперации, экономики и права. -2013. - № 3 (47). С. 444 - 448.
21. Мыляева И.Н. Государственные и муниципальные финансы [Текст] / И.Н. Мыляева. - М.: Инфра-М, 2017. - 400 с.
22. Назаренко Н.Ю. Государственное и муниципальное управление: Экспресс-курс [Текст] / Н.Ю. Назаренко – М.: А-Приор, 2011. – 160с.
23. Потемкин В.К. Управление персоналом [Текст]: учеб. для студ. вузов, специализирующихся на менеджменте организации, экономики труда и упр. персоналом / В.К.Потемкин. - М.: Питер, 2010. - 426 с.
24. Родионова В.М. Финансы: [Текст] Учебник / Под ред. В.М. Родионовой - М.: Финансы и статистика, 2016. – 356 с.
25. Столяров С. А. Менеджмент в здравоохранении: учеб. пособие для системы послевуз. и доп. проф. образования врачей: рекомендовано УМО по мед. и фармацевт. образованию вузов России [Текст] / С.А. Столяров. – Барнаул: Азбука, 2011. – 409 с.
26. Семёнов А.В. Медицинское страхование. [Текст] / А.В. Семёнов. – М "Финстатиформ", 2017.-100 с.
27. Чепурин М.Н., Киселева Е.А. Курс экономической теории [Текст]: Учебник для студентов вузов / МГИМО под общ. ред. М.Н Чепурина, Е. А. Киселевой. Киров: АСА, 2016. – 752 с.

28. Чулюков Ю.В. Обязательное медицинское страхование в России [Текст]: прогноз на 2019-2020 годы Ю.В. Чулюков// Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. - 2017. - № 6. С. 5-23
29. Щепин, О. П. Общественное здоровье и здравоохранение [Текст]: учеб. для системы послевуз. проф. образования врачей по специальности «Обществ. здоровье и здравоохранение» / О.П. Щепин - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 592 с.
30. Щепин О. П. Здоровье населения – основа развития здравоохранения [Текст] / О. П. Щепина. - М.: Нац. НИИ общественного здоровья, 2009. - 376 с.
31. Юрченко Л. А. Проблемы финансирования медицинского страхования [Текст] // Финансы ,2016 -№2 - С. 49-55.
32. Екатеринбургская городская дума [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://www.egd.ru> (дата обращения : 24.02.19)
33. Официальный портал Екатеринбург.рф [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://екатеринбург.рф> (дата обращения: 23.02.19)
34. Официальный портал Управление Федеральной службы государственной статистики по Свердловской области и Курганской области [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://sverdl.gks.ru> (дата обращения: 20.02.19)
35. Официальный портал Федеральной службы государственной статистики [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://www.gks.ru> (дата обращения: 22.02.19)
36. Официальный портал Министерство здравоохранения Свердловской области [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://minzdrav.midural.ru> (дата обращения: 20.02.19)